



**MAYELIN GARCIA VELAZQUEZ**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA  
EVASÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA.**

**CAMPO GRANDE/MS  
2015**

**MAYELIN GARCIA VELAZQUEZ**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO DA  
EVASÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Federal do Mato  
Grosso do Sul como requisito para obtenção  
do título de Especialista em Atenção Básica  
em Saúde da Família.

Orientadora: Me Silvana Dias Corrêa Godoi.

Coorientadora: Dr<sup>a</sup> Marisa Dias Rolan  
Loureiro

CAMPO GRANDE/MS  
2015

## DEDICATÓRIA

*Primeiramente a **Deus** que ilumina meu caminho durante esta caminhada;*

*A minha **família** que de forma especial e carinhosa me deram força e coragem, apoiaram nos momentos de dificuldades e me conduziram a realização de meu ideal;*

*Meios **amigos** que tanto contribuiu na elaboração e concretização deste trabalho; e*

*A minha **tutora** o meu carinho pela sua atenção e tempo destinados tanto a mim quanto a este trabalho e pelas palavras de estímulo que me deram coragem e determinação para buscar mais conhecimentos. Dedico-lhe essa conquista com gratidão.*

## AGRADECIMENTOS

*Meus sinceros agradecimentos ao Programa Mais Médico, por ter me permitido conhecer a este grande país, que é Brasil;*

*À população do município de Colniza/MT por seu acolhimento, seu prefeito e Secretária de Saúde; e*

*À minhas **companheiras de trabalho**, especialmente as que compartilham nosso trabalho diário na unidade básica de saúde.*

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.*

*(Martin Luther King).*

## RESUMO

Nas estatísticas de saúde pública percebe-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) tem alta prevalência e baixas taxas de controle, sendo por isso considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são importantes causas de morbimortalidade e geram altos custos econômicos, e que aumentam progressivamente com o aumento da pressão arterial. O controle adequado dos pacientes com HAS deve ser uma das prioridades da Atenção Básica a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessa afecção são essenciais para diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. Este projeto de intervenção (PI) teve como objetivo promover ações de educação em saúde a hipertensos cadastrados unidade básica de saúde Rural do município de Colniza/MT, caracterizar os participantes e conhecer as dificuldades na adesão ao tratamento. Participaram do PI 50 hipertensos cadastrados no Hiperdia, que foram divididos em grupos e receberam orientações sobre a importância da adesão ao tratamento da doença por meio de rodas de conversas. Todos os objetivos foram atingidos, as ações mostraram-se eficientes. Dentre os participantes, a maior frequência foi de mulheres, não fumantes, que não consomem bebida alcoólica, mas que em sua maioria encontra-se com sobrepeso ou obesidade. Notou-se que os pacientes hipertensos não aderem ao tratamento principalmente pelo fato de que a doença não apresenta sintomas nos primeiros 20 anos. Além disso, identificou-se presença de características biossociais e atitudes desfavoráveis frente à doença e tratamento, além da falta de controle dos níveis tensionais, evidenciando a importância das ações de educação em saúde aos hipertensos.

**Palavras-chaves:** Hipertensão arterial; Educação em Saúde; Doença Crônica.

## ABSTRACT

In public health, statistics realize that the systemic arterial hypertension (SAH) has a high prevalence and low rates of control and is therefore considered one of the most important public health problems. Cardiovascular diseases are major causes of morbidity and mortality and generate high economic costs, and increase progressively with increasing blood pressure. Adequate control of patients with hypertension should be a priority for the Primary to assume that early diagnosis, good control and proper treatment of this disease are essential for reduction of adverse cardiovascular events. This intervention project (IP) aimed to promote health education activities to registered hypertensive basic unit of Rural Health in the city of Colniza/MT, characterize the participants and know the difficulties in treatment adherence. Participated in the PI 50 hypertensive registered in Hiperdia, who were divided into groups and given guidance on the importance of adhering to the treatment of disease by means of wheels conversations. In this study, among the participants, most often were women, nonsmokers, who do not consume alcohol, but mostly is overweight or obese. It was noted that hypertensive patients do not adhere to treatment mainly because the disease has no symptoms in the first 20 years. In addition, we identified the presence of bio-social characteristics and unfavorable attitudes towards the disease and treatment, and the lack of control of blood pressure levels, highlighting the importance of education actions in health to hypertensive patients.

**Wordkeys:** Hypertension; Health Education; Chronic Disease.

## SUMÁRIO

<b>1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....</b>	<b>09</b>
<b>1.1 Introdução.....</b>	<b>09</b>
<b>1.2 Objetivos.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.1 Geral.....</b>	<b>14</b>
<b>1.2.2 Específicos.....</b>	<b>14</b>
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA.....</b>	<b>15</b>
<b>3. IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>5. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>6.ANEXO.....</b>	<b>34</b>



## 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

### 1.1 Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq 140 \times 90$  mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos<sup>1</sup>.

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos<sup>2</sup>.

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. (1)

Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e

2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007<sup>3</sup>.

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo<sup>4</sup>.

Na Alemanha, a HAS atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa<sup>5;6;7</sup>.

Cerca de 40% dos usuários da rede da Atenção Primária são portadores de HAS na Alemanha, e destes apenas 18,5% estavam com a PA controlada. (5) A média europeia de controle de HAS em serviços de Atenção Básica é de 8% e, nos EUA, tem se mantido em torno de 18%, enquanto que, na América Latina e África, há uma variação de 1% a 15% de controle deste problema<sup>7</sup>.

O estilo de vida é claramente um dos maiores responsáveis pela patogenicidade e alta prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Entre os aspectos associados estão principalmente os hábitos e atitudes que corroboram para o aumento do peso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral; alto consumo energético; e excesso ou deficiência de nutrientes, associados ao padrão alimentar, baseado em alimentos industrializados<sup>8;9</sup>.

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada de forma indireta a maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da

ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Alguns estudos indicam que o padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular<sup>10</sup>.

O cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos<sup>11</sup>.

Um dos desafios para as equipes da atenção básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda sua vida. A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular. Pessoas com alto risco cardiovascular ou níveis pressóricos no estágio 2 (PA  $\geq 160/100$  mmHg) beneficiam-se de tratamento medicamentoso desde o diagnóstico para atingir a meta pressórica, além da mudança de estilo de vida. Pessoas que não se enquadram nos critérios acima e que decidem, em conjunto com o médico, não iniciar medicação neste momento, podem adotar hábitos saudáveis para atingir a meta por um período de três a seis meses. Durante esse intervalo de tempo devem ter a PA avaliada pela equipe, pelo menos, mensalmente. Quando a pessoa não consegue atingir a meta pressórica pactuada ou não se mostra motivada no processo de mudança de hábitos, o uso de anti-hipertensivos deve ser oferecido, de acordo com o método clínico centrado na pessoa<sup>12</sup>.

O tratamento medicamentoso utiliza diversas classes de fármacos selecionados de acordo com a necessidade de cada pessoa, com a avaliação da presença de comorbidades, lesão em órgãos-alvo, história familiar, idade e gravidez. Frequentemente, pela característica multifatorial da doença, o tratamento da HAS requer associação de dois ou mais anti-hipertensivos<sup>11</sup>.

Através de dados obtidos do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) na Unidade Básica de Saúde Rural (UBS Rural) do município de Colniza, estado de Mato Grosso (MT) no ano 2013, nota-se que existem 264 hipertensos registrados. Destes, somente 126 estão cadastrados no Programa Hiperdia, totalizando 47,72% hipertensos acompanhados por esta unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na área de abrangência da UBS Rural, muitos hipertensos apresentam dificuldades em aceitar o diagnóstico da doença e aderir ao tratamento prescrito (medicamentoso e não medicamentoso), os quais evidenciam que os óbitos na faixa etária acima de 40 anos e as internações por AVC, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) que estão relacionadas a quadros de HAS não diagnosticados/inadequadamente tratados.

Nesse sentido, a educação em saúde consiste em um dos principais elementos para a promoção da saúde e, portanto, para melhores condições de vida. Também no município de Colniza/MT, as experiências educativas com ao hipertensos são incipientes e em pequena medida se reportam à perspectiva de formação da “consciência crítica” sobre saúde.

Por esse motivo, buscam-se ações de educação em saúde que melhorem o estado de saúde dos doentes com diagnóstico de HAS, permitindo que estes emitam opiniões e discutam os entraves em relação à adesão ao tratamento e às dificuldades relativas às mudanças de comportamento com vistas ao controle da doença.

Devido à relevância epidemiológica da HAS na área de abrangência da UBS Rural no município de Colniza/MT e à falta de adesão ao tratamento pelos acometidos por esse agravo, o que implica dificuldade em aumentar o

acompanhamento dos hipertensos através do Hiperdia, desenvolvemos esse projeto de intervenção (PI) pautado na promoção a saúde” Educação em Saúde para Hipertensos”.

A promoção da saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade.

Esse PI foi pensado para que permitisse a troca de experiências entre os participantes, a fim de fomentarmos a desconstrução de mitos e a construção de saberes em relação à HAS. Dessa forma, estimular-se-iam a prevenção de complicações para esses indivíduos e possíveis mudanças de comportamentos relacionados aos fatores de risco para a HAS como tabagismo, sobrepeso, sedentarismo, etilismo e alimentação inadequada.

Esse trabalho tem como objetivo promover ações de educação em saúde aos hipertensos adscritos às UBS Rural do município de Colniza/MT, a fim de conhecer as principais dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento.

## **1.2 Objetivos:**

### **1.2.1 Geral**

1. Promover ações de educação em saúde aos pacientes com HAS adscritos às UBS Rural do município de Colniza/MT.

### **1.2.1 Específicos**

1. Caracterizar os sujeitos participantes.
2. Verificar as dificuldades relacionados à adesão ao tratamento.

## 2- ANÁLISE ESTRATÉGICA

Para tanto, foram realizadas atividades de educação em saúde do tipo “Roda de Conversa” com pacientes hipertensos cadastrados no Hiperdia da Unidade de saúde da Família Rural de Colniza/ MT. O grupo foi constituído de 50 indivíduos.

A experiência das rodas de conversa confirma a relevância da comunicação, da informação e do conhecimento para a autonomia dos atores, tendo a educação em saúde como principal estratégia de ação.

O trabalho foi direcionado para o local de atuação, através da identificação de pacientes com altos índices de pressão arterial configurados principalmente pela vulnerabilidade social, tabagismo, sobrepeso, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo de bebida alcoólica.

Esses indivíduos foram identificados e escolhidos através do programa Hiperdia, Sistema de informação da atenção básica e consulta aos prontuários de pacientes hipertensos que frequentam a unidade de saúde e que, mesmo realizando o tratamento medicamentoso, apresentam níveis de pressão arterial elevados.

O convite para esses pacientes foi feito pessoalmente, através da visita domiciliar do próprio médico, enfermeiro responsável pela unidade e um agente comunitário de saúde (ACS).

O período de realização das rodas de conversa foi de setembro de 2014 a janeiro de 2015. A Equipe de Saúde da Família Rural realizou a roda de conversa na unidade de saúde.

Essas atividades foram coordenadas pelo médico responsáveis pela Unidade de Saúde e dois ACS, sendo desenvolvidas em cinco etapas, cada encontro com duração de duas horas.

No primeiro mês, como se realizaria a primeira roda de conversa, foi oferecido um café da manhã e explicada a proposta do trabalho e seus objetivos. Em seguida, orientações foram direcionadas aos pacientes, de acordo com as dúvidas que apresentavam, abordando especialmente questões relativas à alimentação, atividade física e estresse. Após, fizemos aferição da

pressão arterial, do peso, altura, circunferência abdominal e cálculo do índice de massa corporal, cujos valores foram anotados nos respectivos prontuários e no cartão de atendimento do paciente hipertenso. A aferição dos dados antropométricos foi realizada em todos os encontros subsequentes, conforme as recomendações do Ministério da Saúde.

Na oportunidade do segundo encontro, foram abordadas as dificuldades encontradas por cada participante em relação à doença e tratamento. Nesse sentido, estimulamos os pacientes para que cada um contasse seus anseios, dificuldades e facilidades, com o objetivo de desconstruir mitos e construir conceitos corretos em relação à doença e tratamento.

No terceiro encontro, verificamos as mudanças de comportamento de cada indivíduo, através de relatos pessoais, onde questionamos as mudanças de comportamento relacionadas a atividades físicas, hábitos alimentares, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas. Após a roda de conversa, todos os pacientes foram encaminhados para consulta médica para ajuste das doses de medicações anti-hipertensivas.

Durante o quarto encontro, verificamos a pressão arterial, peso de cada indivíduo, índice de massa corporal e medicação em uso. Para o quinto e último encontro, centramos a discussão da roda de conversa sobre a importância desses encontros em grupo. Cada indivíduo deu seu depoimento em relação às experiências trocadas nas rodas, todos os participantes foram submetidos a um questionário avaliativo sobre as principais modificações através dos encontros em grupo. Também nesse dia, foram comparados, apresentados e discutidos os valores pressóricos e antropométricos de cada participante das rodas de conversa.

Ao final de cada encontro, foi devolvido o cartão de acompanhamento do hipertenso e foram registradas em prontuário as informações transmitidas e medicação em uso.

Os dados quantitativos foram submetidos ao tratamento estatístico descritivo, e apresentados na forma de tabelas, a seguir.



**Tabela 1** – Caracterização sociodemográfica dos participantes do PI.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Gênero</b>		
Masculino	11	22
Feminino	39	78
<b>Idade (média)</b>	55 anos	
<b>Situação Conjugal</b>		
Com Companheiro	42	84
Sem Companheiro	8	16
<b>Renda Familiar (Salário Mínimo)</b>		
<2	39	78
2 a 4	11	22
<b>Escolaridade</b>		
Não Alfabetizado	9	18
Ensino Fundamental Incompleto	34	68
Ensino Fundamental Completo	03	6
Ensino Médio	04	8
<b>Ocupação</b>		
Trabalha na roça	22	44
Aposentados	19	38
Serviços Gerais	07	14
Outros	02	04

Na Tabela 1 verificou-se o predomínio da HAS no sexo feminino, correspondendo a 39 sujeitos (78%) em relação ao masculino, 11 sujeitos (22%). Isso pode ser atribuído à maior demanda, por parte das mulheres, em procurar o serviço de saúde em todas as faixas etárias e, principalmente, à falta de ação estrogênica, ou à ação androgênica na pós-menopausa ou à maior prevalência de obesidade ou sobrepeso. (13,14)

Com base no vínculo familiar, 42 (84%) eram com companheiro e oito (16%) solteiros. Um estudo revelou que o fato de possuir companheiro

expressado pelo estado civil pode ser um agente facilitador no processo de tratamento dos hipertensos. Quinze indivíduos que compartilham experiências com seus cônjuges e recebem apoio deles podem ter melhor participação no seguimento do tratamento. Por outro lado, os que não convivem com o cônjuge têm uma adesão menor ao regime terapêutico. Isso pode ser atribuído à falta de estímulo que o hipertenso sofre para seguir o tratamento ou à adequação que ele precisa fazer para agradar aos outros familiares<sup>16</sup>.

Percebe-se, portanto, que o agravo deve ser enfrentado por todos. Se existir a inclusão da família, mudar os hábitos de vida se torna mais fácil, sem mencionar que constitui a prevenção dos fatores hereditários. De acordo com os participantes, a contribuição do familiar na adesão ao tratamento se inicia com a adoção de hábitos saudáveis, apoio emocional e financeiro

Quanto ao perfil social, verificou-se baixo nível de escolarização: 34 (68%) dos entrevistados relataram que tinham o ensino fundamental incompleto e nove (18%) que eram analfabetos. Segundo a literatura, o baixo nível educacional pode ser um fator que dificulte a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, uma vez que esse fator dificulta a compreensão das informações. A baixa escolaridade é outro fator apontado como comprometedor dos níveis de adesão ao tratamento, uma vez que o paciente tem dificuldades para ler e seguir a prescrição médica<sup>17;18</sup>.

Quanto à renda familiar constatou-se uma amostra de baixo poder aquisitivo: 39 sujeitos (78%) possuíam renda familiar inferior a um salário mínimo. A baixa renda familiar apresentada pelos sujeitos do estudo demonstra limitada capacidade de aquisição dos recursos necessários para o tratamento, como, por exemplo, os medicamentos não disponibilizados na rede pública, alimentação recomendada, dinheiro para ir ao serviço de saúde, podendo, dessa forma, dificultar a adesão ao tratamento. Esse aspecto foi bastante ressaltado pelos participantes deste estudo.

Em relação às ocupações, verificou-se o predomínio dos trabalhadores da rosa com 22 sujeito (44%) e 19 (38%) aposentados. Esses dados merecem destaque, pois os sujeitos relatam que não têm tempo para seu autocuidado já que trabalham tempo quase todo na rosa o que dificulta fazer uma dieta adequada e o acompanhamento além de dedicar tempo para participar em atividades educativas. A prevalência da HAS é inversamente proporcional à escolaridade e renda, isto é, quanto maior o grau de instrução e capacidade econômica, menor a incidência, devido ao maior nível de cuidados com a saúde.

As diferenças socioeconômicas também se destacam, com a HAS apresentando maior frequência em classes econômicas menos favorecidas, com indicadores de baixa escolaridade e renda, e dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos.

**Tabela 2-** Presença de fatores de risco entre os participantes do PI.

Variáveis	Mulher	Homen	%
	n	n	
<b>Tabagismo</b>	6	7	26
<b>Etilismo</b>			
Consome bebida alcoólica esporadicamente	26	8	68
Consome bebida alcoólica diariamente	0	2	4
Não consome bebida alcoólica	13	1	28
<b>Praticam Atividade Física</b>	11	6	34
<b>Índice de Massa Corporal</b>			
IMC 18.5 a 24	10	1	22
IMC 25 a 29.9	27	7	68
IMC ≥ 30	2	3	10
<b>Pressão Arterial</b>			
< 140/90 mmHg	16	5	42
>140/90 mmHg	23	6	58

Na Tabela 2 mostra os fatores de risco dos pacientes, em quanto ao tabagismo é condição essencial para reduzir o risco cardiovascular. O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação<sup>19</sup>.

Nesse aspecto, um dado positivo levantado na população estudada é que 27 (67,5%) pessoas disseram nunca ter usado fumo e 13 declaram ser fumantes (26%). Isto pode estar relacionado ao fato dos participantes, em sua maioria, serem do sexo feminino e, geralmente não terem hábitos tabagistas. Entre os fumantes, o risco de morte por doença cardiovascular em paciente masculino, com idade superior a 65 anos, é duas vezes maior do que em um indivíduo em condições semelhantes, não fumante. No entanto, ainda segundo estes autores, os benefícios cardiovasculares da interrupção do fumo podem ser vistos no prazo de um ano em todas as faixas etárias<sup>20</sup>.

A recomendação do abandono do tabagismo é medida obrigatória na abordagem ao hipertenso. Assim, os profissionais de saúde devem ajudar os pacientes que não conseguiram seguir essa recomendação, discutindo os benefícios da interrupção do uso de fumo. É necessário também ajuda aos que pararam de fumar, com o intuito de se manterem abstinente, além da proteção aos não fumantes<sup>19</sup>.

Em relação à etilismo, a maioria dos participantes estava seguindo essa recomendação. Do total de 50 pessoas, 14 (28%) disseram que nunca ingeriram bebida alcoólica predominando as mulheres com 13. Ainda assim, 34 (68%) afirmaram uso esporádico de bebidas alcoólicas, entre estas a bebida mais ingerida era a cerveja. Referente ao volume de bebida consumida, houve uma variação grande, já que dependeu do tipo de

bebida ingerida. Entre tanto, a maioria referiu ingerir pequenas quantidades.

O uso excessivo de álcool está associado a um aumento do risco de acidente vascular encefálico. Além disto, é interessante destacar que o consumo de álcool também tem sido frequentemente apontado como causa de interrupção do tratamento farmacológico<sup>21</sup>.

Recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a, no máximo, 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para as mulheres ou indivíduos de baixo peso. Aos pacientes que não se enquadrarem nesses limites de consumo, sugere-se o abandono<sup>19</sup>.

A ausência de qualquer modalidade de atividade física foi referida por 33 sujeitos 66% referendo que praticam atividade física 17 pacientes predominando as mulheres com 11.

A inatividade física é hoje reconhecida como um importante fator de risco para o desenvolvimento das DCVs, pelo seu efeito nocivo, especialmente na resistência à insulina, hiperglicemia e dislipidemias, além de agravar a morbimortalidade em indivíduos com excesso de peso<sup>22</sup>.

Estudo realizado com idosas portadoras de hipertensão arterial identificou redução significativa dos valores da pressão arterial diastólica (PAD) após 10 min. de uma sessão de exercícios, indicando sua importância para o controle da hipertensão<sup>23</sup>.

Em relação ao controle de peso, o cálculo do IMC permitiu identificar apenas 11 (22%) apresentaram peso normal, enquanto 34 (68%) estavam com sobrepeso, 5 (10%) pessoas estavam na classe obeso. Assim, 39 (78%) pessoas encontravam-se em sobrepeso ou obesidade.

Estes dados são preocupantes, tendo em vista o papel da obesidade como promotora de elevação dos níveis pressóricos e aumento do risco de co-morbidade<sup>24</sup>.

Em contrapartida, está bem reconhecido que a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já traz benefícios na redução da pressão arterial. Recomenda-se a manutenção do peso ideal com índice de massa corporal inferior a 25 Kg/m<sup>2</sup>, pelo aumento da atividade física e dieta hipocalórica<sup>19</sup>.

Conforme aferição da pressão arterial, observou-se que 6 dos homens apresentaram níveis superiores a 140/90 mmHg e entre as mulheres, 23 não estavam com a HAS controlada, o que vem ao encontro do estudo realizado por que evidenciou a hipertensão como um agravo de forte componente familiar, afetando mais os homens, situação invertida após menopausa<sup>25</sup>.

**Tabela 3-** Crenças e conhecimentos sobre HAS dos participantes do PI.

Crenças/saberes sobre Pressão Alta	n	%
É para toda a vida e precisa de tratamento	22	44
Vive bem e feliz com ela alta	10	20
Não sabe	18	36
Quanto tempo dura o tratamento?		
O resto da vida	18	36
Um ano caso emagreça	5	10
Não sabe	27	54
Faz uso exagerado de sal?		
Não	44	88
Sim	06	12
Qual a quantia de sal recomendada por dia?		
4,5mg	0	0
2,0mg	0	0
Não sabe	50	100
Utilizam saleiro sobre a mesa na hora das refeições?		
Sim	39	78
Não	11	22
Adicionam sal ao alimento após preparado?		
Sim	38	76
Não	12	24
Pressão acima 140/90mmHg sem sintoma causa danos ao coração, cérebro e rins?		
Sim	36	72
Não	14	28
Pressão Arterial Acima de 140/90mmHg e sem sintomas é normal para seu corpo?		
Sim	38	76
Não	12	24
Uso de Medicação		
Faz uso diário	16	32
Esquece de Tomar	34	68

A Tabela 3 versa sobre os conhecimentos/crenças dos participantes da intervenção, identificados durante as rodas de conversa.

A HAS é uma doença que evolui de maneira assintomática, o seu diagnóstico depende, portanto, de o paciente procurar medir sua pressão espontaneamente ou fazer exames periódicos e, em alguns casos, ela será diagnosticada tardiamente quando o paciente já apresentar complicações<sup>26</sup>.

Para que a clientela incorpore essa conduta em seu cotidiano, é imprescindível a atuação integralizada e interdisciplinar da equipe de saúde, através do desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, objetivando a conscientização sobre a busca e manutenção da saúde. A educação em saúde constitui área do conhecimento político-didático, porque seu saber e seu fazer têm sido historicamente determinado pelas condições sociais e econômicas que produzem as políticas. O conhecimento e o comportamento em relação à doença e à saúde requerem profissionais que assumam a função de educadores<sup>27</sup>.

Todavia, o conhecimento dos educadores sobre HAS e outras condições crônicas de saúde deve ser o grande aliado dos mesmos no desafio de encorajar as pessoas, temporariamente sob seus cuidados, a assumirem a responsabilidade de proteção à própria saúde, por meio da participação efetiva na sua terapia anti-hipertensiva e na adoção de estilos de vida saudáveis<sup>28</sup>.

Ressalta-se que o diagnóstico desta doença é feito exclusivamente através da medida de pressão arterial. Logo, para a detecção precoce, é necessário que a clientela tenha uma prática eficaz de autocuidado e que seja rotina na consulta médica e de enfermagem, a medição da PA. O cliente é considerado hipertenso quando confirmado, em pelo menos três determinações consecutivas em um período de duas a três semanas, os níveis tensionais elevados. Porém, estas três determinações são dispensáveis quando os níveis pressóricos estão muito elevados ou há fortes evidências de lesões nos órgãos alvo. Nestas condições, o diagnóstico e o consequente tratamento já se impõem na primeira consulta<sup>29</sup>.

Com relação ao conhecimento sobre HAS, 22 (44%) pacientes admitiram a cronicidade, e que precisa tratamento. Quando questionados em



relação ao tempo de tratamento, 36% disseram que é para resto da vida, 10% relataram cura caso emagreça e 54% não sabem.

Em relação ao uso do sal, 88% acredita que não consome muito sal, mas quando questionado sobre a quantidade recomendada de sal ingerida diariamente 100% não souberam responder. Destes, 44% referem ter saleiro sobre a mesa e utilizá-lo nas refeições, mais da metade acredita que hipertensão causa danos à saúde somente quando apresenta sintomas, e que pressão arterial acima 140/90 mmHg é normal para seu organismo.

Em relação ao uso da medicação, 32% refere uso diário e 78% esquece de tomar, os pacientes relataram esquecer de tomar a medicação, não tomam no mesmo horário e deixam de tomar por conta própria, elevando os níveis de pressão arterial, com consequência nos órgãos alvos.

**Tabela 4-** Principais motivos da baixa adesão ao tratamento da HAS pelos participantes do PI.

Variável	Quantidade	%
Ausência de sintomas	23	46
Falta de medicamento	12	24
Dificuldade de acesso	8	16
Efeito adverso	5	10
Não foi orientado corretamente pelo profissional de saúde	2	4
Outros	0	0

Os principais motivos para não adesão ao tratamento referidos pelos informantes foram ausência de sintomas (46%); falta de medicamentos (24%); dificuldade de acesso ao sistema de saúde (16%); efeitos adversos dos medicamentos (10%); orientação médica (4%), e outros motivos (0%), o que concorda com o estudo de Souza *et al*, que destacou que, em relatos dos pacientes da roda de conversa, 45% referiram que o motivo para baixa adesão é ausência dos sintomas, 12,5% falta de medicamento, 20,0% dificuldade de acesso, 7,5% efeito adverso do medicamento<sup>30</sup>.

Deve-se entender que a adesão ao tratamento é um fenômeno que pode ser afetado ou influenciado por vários fatores relacionados com o usuário, o tratamento, a doença, os serviços e os profissionais de saúde, bem como com o meio social e cultural do usuário e sua família. A considerar tais influências, a atuação da equipe de saúde na adesão ao tratamento pode ser decisiva tanto na terapia farmacológica quanto na não-farmacológica.

Reconhecendo tais fatores, os profissionais de saúde devem centralizar suas ações na pessoa e sua família, considerando as suas condições de vida e saúde. Cumpre considerar também que, como seres sociais, estes têm suas expectativas, conhecimentos, interesses, valores e crenças, bem como experiências que devem ser valorizadas, por isso devem levar em consideração as individualidades, evitando também estigmatizar aqueles com mais limitações quanto ao regime terapêutico proposto.

No domicílio, os usuários e suas famílias se sentem mais seguros e receptivos ao trabalho da equipe; por isso é importante promover a participação ativa do usuário e sua família no tratamento e nos cuidados propostos, assumindo responsabilidade crescente à medida que adquirem confiança e vínculo com o profissional de saúde e também com o serviço. Neste sentido, é fundamental encorajar a pessoa a lidar com a doença, o tratamento e seus efeitos sobre a vida, valorizando cada etapa conquistada. A ação acolhedora do profissional respalda o paciente para novas atitudes e perspectivas quanto ao tratamento.

É igualmente importante estimular a participação dos usuários em atividades de grupo. Nelas, eles podem interagir com outras pessoas que vivem a mesma situação, relatando e superando dificuldades através da reflexão, da troca de experiências e do apoio mútuo. Além disso, podem relacionar-se com a equipe de saúde de maneira distinta daquela a que estão acostumados no atendimento individual, construindo assim outros tipos de vínculo.

Por fim, cabe ao serviço de saúde fazer a sua parte, realizando ações como, por exemplo, reduzir o tempo de espera para as consultas, oferecendo

atividades que possam preencher este tempo, como palestras, recreações, informativos, entre outros. Esse serviço também poderia otimizar o tempo despendido para as consultas, pois sua duração influencia o comportamento do paciente, e realizar uma consulta em que o usuário possa manifestar seus anseios e até ser encorajado e valorizado pelo profissional, com linguagem clara, objetiva e de fácil assimilação, aproximando-se da realidade do usuário. Sempre que possível, deverá fazer orientações escritas e até desenhos explicativos para as drogas prescritas, com controle das dosagens e horários de tomada no caso de o usuário não ser alfabetizado, e garantir acesso a todos os medicamentos<sup>18</sup>.

**Tabela 5** Mudanças ocorridas nos hipertensos participantes do PI depois da intervenção.

<b>Variáveis</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Nenhuma	2	4
Mudanças nas relações interpessoais	5	10
Mudanças nos hábitos alimentares	41	82
Maior envolvimento com o tratamento	40	80
Diminuição do cigarro	3	6
Praticam Atividade Física	18	36
Diminuição da bebida	12	24
Melhoria da relação com a equipe de profissionais	39	78
Baixar o peso	7	14

A Tabela 5 mostra que depois da intervenção vimos que apenas dois pacientes não relataram nenhuma mudança para um 4 % após a intervenção, e 40 deles com um 80 % melhorou seu envolvimento com o tratamento, também fizemos alterações significativas nos fatores de risco como a ingestão de bebidas alcoólicas 12 pacientes, tabagismo três e hábitos alimentares 41 sendo

esta variáveis a que mais mudança trouxe, o que demonstra a eficácia de nossa intervenção.

Esta roda de conversa com Hipertensos fez parte de uma ação educativa visando a promoção em saúde, buscando Identificar os fatores relacionados à baixa adesão ao tratamento da HAS, incentivando a corresponsabilização e adesão ao tratamento, sendo desenvolvida pela ESF Rural.

A roda de conversa tem um potencial pedagógico, na medida em que desencadeia um processo de aprendizagem a partir das reflexões sobre as experiências relativas ao uso racional de medicamentos. O espaço terapêutico pode ser entendido como consequência das inter-relações estabelecidas em cada roda de conversa “na medida em que facilita o insight e a elaboração sobre questões subjetivas, interpessoais e sociais”<sup>31</sup>.

Através das rodas de conversa, percebemos a formação de um espaço dialógico que foi importante na escuta e na relação entre profissional e paciente, permitindo a troca de experiências entre os usuários, o que conferiu um grande potencial para educação em saúde em relação às questões referente à adesão ao tratamento do hipertenso.

O grupo mostrou-se, em sua maioria mulheres, não fumantes, não consumidores de bebidas alcoólicas, apresentando uma frequência de sobrepeso e obesidade.

Além disso, verificamos a confirmação de histórico familiar para a doença e elevado percentual de hipertensos não controlados, o que nos levou a refletir sobre as fragilidades quanto à corresponsabilização do paciente para com seu tratamento, aliadas ao baixo nível de conhecimento sobre hipertensão, cronicidade e gravidade da doença. A presença dos fatores de risco remete à importância da implementação de medidas preventivas de alta eficácia por parte das Unidades de Saúde da Família.

### 3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Promover a qualidade de vida deve ser prioridade da equipe de saúde para as pessoas com hipertensão, pois assim poderão ser evitadas complicações e internações desnecessárias, proporcionando uma vida mais sadia, diminuindo os riscos de desenvolver agravos.

A educação em saúde as pessoas com hipertensão é um dos grandes desafios dos dias de hoje, sendo este um papel que cabe ao médico desempenhar, com muita precisão, acolhimento e didática, levando sempre em conta a questão cultural e condicional do paciente. Lembrando que é fundamental para uma adesão ao tratamento a troca de saberes, observando o conhecimento prévio do paciente sobre o assunto, não impondo conceitos e sim dando alternativas para que ele tenha autonomia de decisão, de acordo com a realidade do paciente.

As rodas de conversa mostraram-se eficazes como método de promoção a saúde, pois pelos relatos dos pacientes, a equipe passou a planejar ações em saúde mais condizentes com a realidade dos usuários.

Nesse sentido, a continuidade do projeto “Roda de Conversa” poderá fornecer aos pacientes e comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações de saúde mais efetivas e permanentes, tendo cada paciente como um agente replicador de conhecimentos sobre tais atitudes.

Nesse estudo, dentre os participantes, a maior frequência foi de mulheres, não fumantes, que não consomem bebida alcoólica, mas que em sua maioria encontra-se com sobrepeso ou obesidade.

Notou-se que os hipertensos não aderem ao tratamento principalmente pelo fato de que a doença não apresenta sintomas nos primeiros 20 anos. Além disso, identificou-se presença de características biossociais e atitudes desfavoráveis frente à doença e tratamento, além da falta de controle dos níveis tensionais.

#### 4 REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira De Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
2. Duncan, B.; Schmidt, M. I.; Giugliani, E. R. J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
3. Schmidt, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.
4. Chobanian, A. V. (Org). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Washington D.C.: National Institutes of health: 2004. 88 p.
5. Sharma, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. J. Hypertension, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.
6. Marquez Contreras, E. et al. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? HICAPstudy Na Med Interna , USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.
7. Grandi, A. M. et al. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. American Journal Hypertension , USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2013.
- 9 Canaan, F. A. et al Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 87, n. 6, p. 728-734, dez. 2006.
10. Miranda, R. D.; Strufaldi, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: Brandão, A. A.; Amodeo, C.; Fernando, M. Hipertensão. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012
11. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 28, v. 2)

12. British Hypertension Society. Royal College of Physicians. Management in adults in primary care: pharmacological update. Hypertension. NICE Clinical Guideline 18. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/CG018>>. Acesso em: 23 set. 2008.
13. Fortes AN, Lopes MVO. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2004 jan./mar;13(1):26-34.
14. Plavnik FL, Rosa EC, Júnior OK. Hipertensão arterial sistêmica na mulher. *Rev Bras Med*. 2007 mar;64(3):88-94.
15. Taveira LF, Pierin AMG. O nível socioeconômico pode influenciar as características de um grupo de hipertensos? *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(5):102-8.
16. Oliveira TCE. Hipertensão arterial: fatores que interferem no seguimento do regime terapêutico [Trabalho de Conclusão de Curso]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2007
17. Saraiva KRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Teixeira AC. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007 abr./jun;16(2):263-70.
18. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm*. 2005 jul./set;18(3):269-75.
19. Sociedade Brasileira de Cardiologia Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial. 2006.
20. Ribeiro, R. C.; Lotufo, P. A. Hipertensão Arterial: Diagnóstico e tratamento. São Paulo: Ed. Sarvier, 2005. 117p.
21. Andrade, J.P.; Vilas-Boas, F.; Chagas, H.; Andrade, M. Aspectos Epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol*, v. 79, n. 4, 375-9, 2002.
22. Gomes, V. B.; Siqueira, K. S.; Sichieri, R. Atividade física em uma amostra probabilística da população do Município do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 969-976, 2001.
23. Krinski, K.; Elsangedy, H. M.; Soares, I. A.; Buzzachera, C. F.; Campos, W.; Silva, S. G. Efeitos cardiovasculares agudos do exercício resistido em idosas hipertensas. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, v. 30, n. 2, p. 107-112, 2008.
24. ALMEIDA, G.P.L; LOPES, H.F. Fatores De Risco Para Hipertensão Arterial. In: PÓVOA, R. Hipertensão arterial na prática clínica. São Paulo: Atheneu, 2007.

25. Achutti, A.C.: Achutti. V.A.R. **Aspectos Epidemiológicos**. In: Amodeo, C.: Lima, E.G.; Vazquez, E.C. (coord.) Hipertensão arterial. São Paulo, Sarvier, 1997. cap. 2, p. 11–21
26. Barreto ACP, Santello JL. Manual de hipertensão - entre a evidência e a prática clínica. São Paulo: Lemos Editorial; 2002.
27. Catrib AMF, Pordeus MBCA, Albuquerque VLM, Vieira NFC. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: Barroso MTB, Vieira NFC, Varela ZMV. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003. p.31-8
28. Reiners AAO, Costa ALRC, Arruda ALG, Costa LMFC, Nogueira MS. Hipertensão arterial: perfil da saúde dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário. Texto Contexto Enferm 2004 Jan-Mar; 13 (1): 41-9
29. Ribeiro AB. Atualização em hipertensão arterial: diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 1996.
30. Souza LJ, Bicovate Neto C, Chalita FEB, Reis AFF, Bastos DA, Souto Filho JTD et al. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos. Rio de Janeiro. Arq Bras Endocrinol Metab. 2003;47:669-676.
31. Afonso, M.L.M.; Abade, F.L. **Para reinventar as rodas**. Rede de Cidadania Mateus Afonso Medeiros (RECIMAM), Belo Horizonte, 2008. Publicação eletrônica disponível em  
<[http://www.ibjr.justicarestaurativa.nom.br/pdfs/Livro\\_eletronico.pdf](http://www.ibjr.justicarestaurativa.nom.br/pdfs/Livro_eletronico.pdf)>



## APÊNDICE 1

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Após os trabalhos do Grupo Terapêutico, que mudanças percebeu em seus hábitos de vida?

1. ☐ nenhuma
2. ☐ mudanças nas relações interpessoais (convívio com as pessoas)
3. ☐ mudanças nos hábitos alimentares
4. ☐ maior envolvimento com o tratamento
5. ☐ diminuição do cigarro
6. ☐ diminuição da bebida
7. ☐ pratica de exercícios físicos
8. ☐ melhoria da relação com a equipe de profissionais
9. ☐ baixar o peso